

# Fonoterapia intensiva em paciente com fissura de palato submucosa – relato de caso

## Intensive speech therapy in a patient with submucosal cleft palate - case report

## Fonoterapia intensiva em um paciente com fisura palatina submucosa - reporte de caso

Melissa Picinato-Pirola\* 

Laila Beatriz Souza\* 

Ana Cristina Coelho\* 

### Resumo

**Introdução:** A fissura de palato submucosa é uma malformação craniofacial, que pode ocasionar alterações de fala, e a fonoterapia intensiva é uma possibilidade de tratamento. **Objetivo:** relatar o caso de uma paciente com fissura submucosa de palato sintomática não operada que participou de um programa de fonoterapia intensiva para reabilitação de fala, descrever os processos terapêuticos e comparar a produção da fala antes e depois da terapia. **Metodologia:** o programa de fonoterapia intensiva foi realizado com uma paciente do gênero feminino de 13 anos de idade, com fissura submucosa de palato sintomática, não operada; e constituiu de três sessões diárias de terapia fonoaudiológica durante um período de 4 semanas, resultando em um total de 60 sessões de terapia. Antes da primeira sessão, e após a última, foi realizada avaliação clínica da fala e instrumental da função velofaríngea. **Resultados:** sistematização do fechamento velofaríngeo, melhora na inteligibilidade de fala, correção das articulações compensatórias, da fraca pressão intraoral e hipernasalidade em fala dirigida. **Conclusão:** o programa de fonoterapia intensiva proporcionou resultados positivos em período curto na reabilitação da fala da paciente.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Fonoterapia; Fissura palatina; Fala; Distúrbios da fala.

\* Universidade de Brasília – UnB- Brasília, Distrito Federal, Brasil.

### Contribuição dos autores:

MPP: Concepção do estudo; metodologia; coleta de dados; esboço do artigo; revisão crítica e orientação

LBS: Concepção do estudo; metodologia; coleta de dados; esboço do artigo

ACC: Concepção do estudo; metodologia; coleta de dados; revisão crítica e orientação

E-mail para correspondência: Melissa Picinato-Pirola - [melissapicinato@yahoo.com.br](mailto:melissapicinato@yahoo.com.br)

Recebido: 24/06/2020

Aprovado: 01/04/2021

## Abstract

**Introduction:** Submucosal cleft palate is a craniofacial malformation that can cause speech disorders and intensive speech therapy is an alternative treatment. **Objective:** report the case of a patient with submucous cleft who participated in an intensive speech therapy program, describe the therapeutic processes and compare speech production before and after therapy. **Methods:** the intensive therapy program was conducted with a 13-year-old female patient with submucosal cleft and consisted of three daily speech therapy sessions over a period of 4 weeks, resulting in 60 therapy sessions. Before the first session and after the last session, clinical and instrumental assessments of velopharyngeal function were performed. **Results:** systematization of velopharyngeal closure, improvement of speech intelligibility, elimination of compensatory articulations, weak intraoral pressure and hypernasal resonance in monitored speech. **Conclusion:** The intensive speech therapy program provided positive short-term results in speech rehabilitation of a patient with submucosal cleft.

**Keywords:** Speech-Language Pathology and Hearing Sciences; Speech therapy; Cleft palate; Speech; Speech disorders.

## Resumen

**Introducción:** el fisura palatina submucosa es una malformación craneofacial, por esta razón puede causar trastornos del habla y la terapia intensiva del habla es un tratamiento alternativo. **Objetivo:** relatar el caso de una paciente con fisura palatina submucosa que participó en un programa intensivo de terapia fonoaudiológica para la rehabilitación del habla, describir los procesos terapéuticos y comparar la producción del habla antes y después de la terapia. **Metodos:** el programa de cuidados intensivos se llevó a cabo con una paciente del género femenino de 13 años de edad con fisura palatina submucosa y consistió en tres sesiones diarias de terapia fonoaudiológica durante un período de 4 semanas, lo que resultó en un total de 60 sesiones de terapia. Antes de la primera sesión y después de la última, se realizó una evaluación clínica e instrumental de la función velofaríngea. **Resultados:** sistematización del cierre velofaríngeo, mejor inteligibilidad del habla, eliminación de las articulaciones compensatorias, de la presión intraoral débil y de la resonancia hipernasal en el habla dirigida. **Conclusión:** el programa de cuidados intensivos proporcionó resultados positivos en un corto período de tiempo en la rehabilitación del habla de una paciente con fisura submucosa.

**Palabras clave:** Fonoaudiología; Logoterapia; Fisura del Paladar; Habla; Trastornos del habla.

## Introdução

A fissura de palato submucosa (FPS) é uma malformação craniofacial congênita<sup>1</sup>. A etiologia é multifatorial, pois engloba uma combinação de fatores ambientais, genéticos e epigenéticos<sup>2,3</sup>. O diagnóstico da FPS frequentemente é tardio, sendo que a falta de alerta para características anatômicas evidentes pode ser um dos motivos que o justificam<sup>3</sup>. É essencial a divulgação dos sinais e sintomas da FPS para fonoaudiólogos, médicos e dentistas, dentre outros profissionais da saúde, de modo a facilitar o diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos<sup>4</sup>.

A FPS é subdividida em clássica e oculta. As manifestações anatômicas da FPS clássica são a úvula bífida, diástase muscular e entalhe ósseo na

região posterior do palato duro<sup>5,6</sup>; e na FPS oculta há a diástase da musculatura do palato mole, porém não há sinais anatômicos visualmente evidentes da presença da fissura, o que torna o diagnóstico mais difícil à avaliação clínica<sup>6</sup>. As manifestações anatômicas podem aparecer de forma concomitante ou isolada. O achado indispensável para FPS clássica é a presença da diástase muscular no palato mole<sup>1,3,4</sup>. Um fator relevante da FPS, tanto clássica como oculta, é que ela se diferencia das outras fissuras de palato devido à integridade da mucosa oral do palato<sup>1</sup>.

De acordo com as manifestações anatômicas da FPS, o fechamento velofaríngeo pode estar alterado<sup>7</sup>. O fechamento velofaríngeo se dá pela elevação e posteriorização do palato mole, medialização das paredes laterais da faringe e anteriorização da

parede posterior da faringe<sup>8</sup>. Sendo assim, quando o mecanismo velofaríngeo não realiza adequadamente a função, ocorre um espaço (*gap*) entre as estruturas citadas, caracterizando a disfunção velofaríngea (DVF)<sup>7,8</sup>

A DVF pode estar relacionada a uma insuficiência velofaríngea, ou seja, quando há alteração da estrutura física/anatômica como a falta de tecido, ausência da musculatura velar, palato curto ou aumento do espaço nasofaríngeo<sup>7</sup>. Também pode estar relacionada a uma incompetência velofaríngea; neste caso, a estrutura física/anatômica é suficiente para permitir o funcionamento adequado, porém, o fechamento velofaríngeo não ocorre por determinantes neuro-sensoriais-motores ou mesmo por erro de aprendizagem do funcionamento velofaríngeo na produção da fala durante a sua aquisição<sup>7</sup>.

Estudos mostram que considerável parcela de pacientes com FPS apresentam fala sem características da presença da fissura submucosa, ou seja, assintomática<sup>1</sup>, porém, quando há alteração de fala, geralmente ocorre hipernasalidade associada ao escape de ar nasal e à fraca pressão intraoral. Neste caso, são denominados distúrbios obrigatórios relacionados à DVF devido à impossibilidade da realização do fechamento velofaríngeo<sup>4,9</sup>.

Além dos distúrbios obrigatórios, a DVF favorece as articulações compensatórias, que se caracterizam pelo uso de um local de produção atípico na articulação dos sons da fala<sup>7</sup>. Nos casos de DVF com insuficiência velofaríngea e alteração de fala, são indicados a correção cirúrgica das estruturas palatinas ou a utilização de prótese de palato, ambas associadas à fonoterapia após a sua realização<sup>4</sup>.

A fonoterapia intensiva é uma alternativa antes da fonoterapia convencional para a fala que tem como vantagem a proximidade com o paciente, possibilitando ao terapeuta observar as suas necessidades, acompanhar de perto a gradativa modificação da fala, proporcionar uma melhora rápida e manter o paciente motivado a dar continuidade ao seu tratamento<sup>10-12</sup>. Vale ressaltar que o sucesso da fonoterapia está diretamente associado à frequência das atividades propostas durante o tratamento<sup>10,12</sup>.

A terapia intensiva tem mostrado resultados de sucesso na literatura<sup>7,11,12</sup>. É facilitadora, e com a frequência dos atendimentos, visa à evolução rápida e maior satisfação dos pacientes. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi relatar o caso de uma paciente com fissura submucosa de palato sintomática não operada que participou de um programa de fonoterapia intensiva para reabilitação de fala, descrever os processos terapêuticos e comparar a produção da fala antes e depois da fonoterapia.

## Relato de caso

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (Protocolo: CAAE 03333118.4.0000.8093). É um relato de caso de reabilitação de fala em uma paciente com fissura submucosa clássica sintomática não operada, com possibilidade de fechamento velofaríngeo por meio de fonoterapia intensiva realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

A paciente deste caso é uma adolescente, do gênero feminino, de 13 anos de idade, com FPS, residente em Brasília - DF. Ao concordar em participar do programa de fonoterapia intensiva, a responsável assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e a paciente assinou o termo de assentimento do menor. Também foi assinado pela responsável o termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa.

## Histórico da paciente

O histórico da paciente foi coletado em documentação encaminhada pelo serviço de origem, além da anamnese realizada em consulta inicial no ambulatório do HUB por fonoaudióloga experiente responsável pelo atendimento do caso.

A paciente apresentou histórico de refluxo nasal quando bebê, atraso de fala e linguagem, realizando fonoterapia dos 3 aos 8 anos de idade devido ao atraso de fala. Aos 8 anos, foi encaminhada para o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), sendo diagnosticada com fissura de palato submucosa (Figura 1) pela equipe médica do ambulatório de fissura labiopalatina.



**Figura 1.** Cavidade oral. Observa-se: úvula hipoplásica e diástase muscular.

Inicialmente, teve indicação para palatoplastia primária, porém devido a intercorrências pré-operatórias, não foi possível realizá-la. Permaneceu acompanhada neste hospital pelo setor de Fonoaudiologia com frequência esporádica dos 8 aos 13 anos. Segundo relato da responsável, não foi assídua e aderente ao tratamento proposto. Aos 13 anos foi encaminhada ao serviço de Fonoaudiologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), para

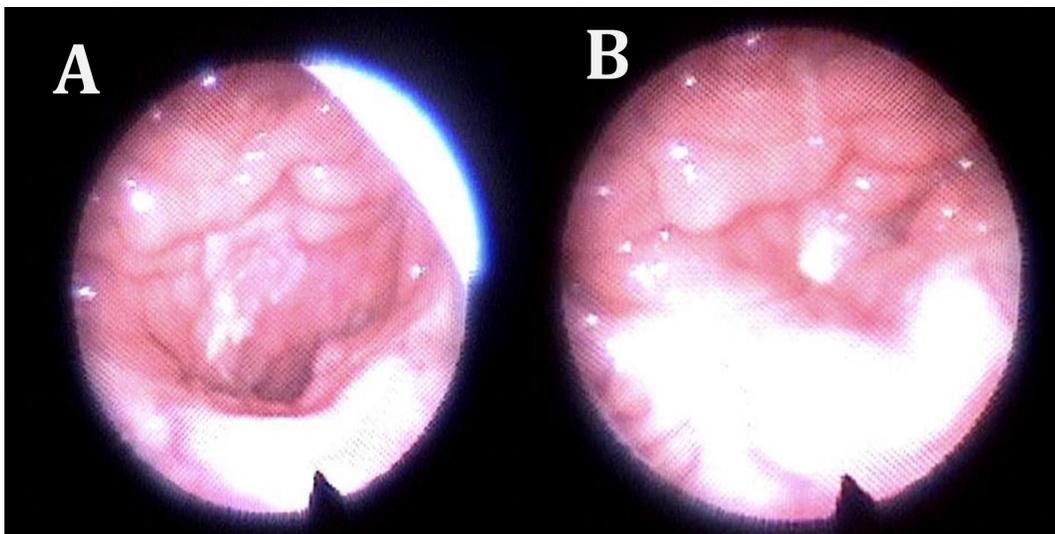
participar do programa de fonoterapia intensiva segundo indicação do serviço de origem.

### *Proposta de fonoterapia intensiva*

Inicialmente, a paciente foi avaliada pela fonoaudióloga responsável pelo atendimento aos pacientes com fissura labiopalatina do HUB, para verificar se havia indicação para participação no programa de fonoterapia intensiva, ou seja, foi verificado se a paciente apresentava fechamento velofaríngeo funcional para a participação nesta proposta.

A avaliação ocorreu em uma sessão antes do início do programa de fonoterapia intensiva e a reavaliação em uma sessão após a finalização do programa.

Para avaliar a função velofaríngea no início e no final da fonoterapia intensiva, foi realizada nasofibroscopia com nasofibrocópio flexível da marca Machida® modelo ENT-30PIII. O exame foi conduzido por um otorrinolaringologista da instituição e acompanhado pela fonoaudióloga responsável para o direcionamento da avaliação da fala durante o exame. Em prova terapêutica, foi observada a velofaringe (Figura 2) em repouso (Figura 2A) e durante a emissão da sílaba /pa/ (Figura 2B). Durante a emissão foi observada possibilidade de fechamento velofaríngeo na fala, o que sugere disfunção velofaríngea relacionada a erro de aprendizagem.



**Figura 2.** Vista superior da velofaringe durante a avaliação nasofibrolaringoscópica antes do programa de fonoterapia intensiva. (A) Velofaringe em repouso. (B) Velofaringe durante a emissão da sílaba /pa/.

Na avaliação clínica foi aplicado o protocolo específico de avaliação utilizado no ambulatório de fonoaudiologia do hospital e realizada filmagem de fala dirigida com contagem de um a 20, repetição de frases e fala espontânea<sup>13</sup> para posterior avaliação e comparação. A gravação foi realizada em vídeo e áudio. Para a gravação em vídeo utilizou-se uma câmera Sony Cybershot DSC-W120. A gravação em áudio foi realizada com computador desktop HP Compac Pro 6305 com microfone Samson Go

Mic USB portátil e software Audacity versão 2.4.2. Durante a inspeção clínica intraoral, foi observada úvula sulcada e hipoplásica, diástase muscular e mucosa íntegra. Na fala, também foi realizado o cálculo de porcentagem de consoantes de corretas (PCC)<sup>14</sup> de fragmentos de fala espontânea, fala encadeada (contagem de um a 20) e frases padronizadas. Os dados da avaliação inicial encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1.** Resultados da avaliação antes e depois do programa de fonoterapia intensiva.

Avaliação Clínica	Pré-fonoterapia	Pós-fonoterapia
Ressonância	Hipernasal leve não aceitável	Equilibrada
Teste de hipernasalidade	7 de 10 vocábulos e na vogal /i/	0 de 10 vocábulos e 0 vogal
Teste de EAN	Presença de EAN em: /b/, /f/, /s/, /ʃ/, /l/ e na vogal /i/	Ausência de EAN
Pressão intraoral	Fraca pressão intraoral na emissão do fonema /s/	Pressão intraoral adequada
Articulações compensatórias	Golpe de glote nos fonemas /p/ e /k/, e plosiva faríngea assistemática no fonema /t/	Ausência de articulações compensatórias
Substituições dos fonemas	/tʃ/ por /ʃ/, /dʒ/ por /ʒ/ e /r/ por /r/	Ausência de substituições
Ceceo anterior	fonemas /z/ e /s/	Ausência de ceceo anterior
Distorção	/l/ isolado e em encontros consonantais	Ausência de distorções
Mímica facial	Presente	Presente
Inteligibilidade de fala	Alteração moderadamente grave	Leve alteração
PCC	Contagem de 1 a 20: 64% Conversa espontânea: 40% Frases: 68%	Contagem de 1 a 20: 94% Conversa espontânea: 91,5% Frases 93%

EAN: Emissão de ar nasal. PCC: porcentagem de consoantes corretas.

Após avaliação, verificou-se que a paciente apresentava indicação para participação no programa de fonoterapia intensiva.

O programa de fonoterapia intensiva constituiu em 60 sessões de terapia fonoaudiológica, durante quatro semanas consecutivas, realizadas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Foram três sessões diárias com duração mínima de 30 minutos e máxima de 45 minutos, com intervalos de uma hora e meia entre as sessões. A paciente foi instruída a realizar treinos diários em casa e a responsável orientada para auxiliá-la. A orientação foi realizar o treino em casa duas vezes por 15 minutos de segunda a sexta-feira totalizando 30 minutos; e quatro vezes por 15 minutos aos sábados e domingos, totalizando uma hora de treino. A quantidade das sessões terapêuticas foi estimada com base no estudo de fonoterapia intensiva<sup>7</sup>, e proposto um aumento da quantidade de sessões, visando

contemplar a produção correta dos sons da fala e automatização do padrão de fala adquirido durante o programa de fonoterapia intensiva. Os principais objetivos da fonoterapia intensiva foram aumentar a pressão intraoral, corrigir a nasalidade da fala e reduzir as articulações compensatórias<sup>4,12</sup>.

No início do programa de fonoterapia intensiva foi selecionado o fonema a ser trabalhado, chamado de som alvo e instalado de forma correta sem produção de articulação compensatória, com o ar direcionado para a cavidade oral e sem escape de ar nasal. Na sequência, o fonema foi associado às sete vogais orais, seguido de sílabas, palavras sem significados, palavras e frases. Depois de fixado o som alvo trabalhado, este passou a ser veículo para generalização do fechamento velofaríngeo para os demais sons, que foram trabalhados seguindo uma hierarquia de fala. Após a fixação de todos os sons alvos, sem articulações compensatórias, com

o ar direcionado para cavidade oral e sem escape de ar nasal, foi realizado treino com textos com fonemas orais e nasais, seguido de fala dirigida. Para automatização, foram produzidas conversas espontâneas com automonitoramento da paciente<sup>7,8</sup>. As etapas do programa de fonoterapia intensiva se davam de acordo com o progresso da paciente.

Para promover o automonitoramento do padrão da fala, foram utilizadas pistas facilitadoras, tais como: Scape-Scope, espelho de Glatzel, copo com bolinhas de isopor, papel franjado, remo de ar e *biofeedback* auditivo da fala<sup>7,10,12</sup>. A responsável e a paciente foram orientadas a utilizar os termos “fala nova” (fala sem articulações compensatórias) e “fala velha” (fala com articulações compensatórias<sup>8</sup> como estratégia para contrastar os padrões de fala utilizados<sup>12</sup>). Para auxiliar no automonitoramento e automatização da “fala nova”, foi estabelecido um sinal de comunicação visual para ser utilizado pela mãe para a autocorreção da emissão da “fala velha”. Na avaliação pós fonoterapia, a paciente estava realizando o automonitoramento da fala.

O resultado do teste de emissão de ar nasal após o programa de fonoterapia intensiva revelou que o fechamento velofaríngeo foi sistematizado durante a produção dos sons orais e confirmou que a DVF da paciente do caso estudado foi por erro de aprendizagem.

Apesar de, em algumas sessões, a paciente mostrar-se desatenta e com comportamentos hiperativos, ao final das 60 sessões, conseguiu fixar todos os fonemas, eliminar as articulações compensatórias, adequar a pressão intraoral e a emissão de ar nasal (EAN) (Tabela 1). Porém, foi necessário dar continuidade em fonoterapia convencional semanal para automatizar o novo padrão na fala espontânea.

## Discussão

O diagnóstico tardio da FPS descrito neste relato de caso e na literatura<sup>4</sup> destaca a importância de disseminar os sinais da FPS entre os acadêmicos e os profissionais da saúde. É importante o diagnóstico precoce para que o paciente e sua família sejam orientados quanto aos sinais, sintomas da DVF e as necessidades de tratamento<sup>1,4</sup>.

Neste estudo notou-se que a responsável não compreendia a alteração anatômica e quais eram as necessidades terapêuticas da paciente. Sendo assim, foi preciso orientar sobre as alterações e

necessidades de reabilitação, além de reforçar a importância do apoio familiar. Pelo nível de conhecimento e fator emocional da responsável, foram utilizadas explicações simples e repetidas ao longo de todo processo terapêutico<sup>15</sup>. Ressalta-se que o apoio de familiares durante o programa de fonoterapia intensiva é essencial para a aquisição de novo padrão de fala<sup>10</sup>.

A paciente deste estudo apresentou DVF, tendo como consequência, fraca pressão intraoral, hiper-nasalidade e articulações compensatórias (Tabela 1). Apesar da alteração anatômica, apresentava possibilidade de fechamento velofaríngeo para a fala mesmo sem correção cirúrgica da fissura (Figura 1), ao contrário de casos em que o mau posicionamento dos músculos do palato pode resultar em insuficiência velofaríngea<sup>3</sup>.

Ao final da fonoterapia foi constatada a sistematização do fechamento velofaríngeo, comprovado na avaliação de EAN pós-programa de fonoterapia intensiva (Tabela 1). Sendo assim, neste caso, foi indicada a terapia fonoaudiológica isolada no tratamento da DVF por erro de aprendizagem<sup>7</sup>. O uso de pistas facilitadoras contribuiu para produção dos sons de forma adequada, com ausência de EAN e articulações compensatórias. Por meio dessas pistas, a paciente conseguiu melhor automonitoramento assim como descrito em outros estudos<sup>8,10,12</sup>.

A fonoterapia intensiva possibilita encontros frequentes entre o paciente e terapeuta, a qual permite o direcionamento efetivo do tratamento e o acompanhamento da evolução com maior envolvimento do paciente<sup>11,12</sup>. Isso ficou evidente no caso estudado, uma vez que no final da primeira semana de fonoterapia, a paciente e a responsável estavam mais motivadas e mostraram mais comprometimento, pois perceberam as mudanças na fala. A porcentagem de consoantes corretas (PCC)<sup>14</sup> pré e pós programa de fonoterapia intensiva (Tabela 1) comprovou os resultados satisfatórios da fonoterapia intensiva.

Neste estudo, a paciente apresentou comportamentos hiperativos e desatentos que podem ter interferido no seu desempenho terapêutico. Um estudo mostrou que a discriminação de estímulos auditivos em pessoas com TDAH está comprometida, assim como o processamento auditivo<sup>16</sup>. Este fato pode ter colaborado com a dificuldade de a paciente compreender alguns sons alvos trabalhados e automatizar o novo padrão de fala em fala

espontânea. Apesar dessas alterações apresentadas, não foi possível dizer o quão prejudicial foi para a paciente, visto que os seus resultados foram satisfatórios.

Ao final da fonoterapia intensiva a paciente apresentou melhoras evidentes na fala (Tabela 1), porém não automatizou esse padrão em conversa espontânea corroborando ao estudo de Lima<sup>11</sup> que abordou esse fato como um desafio na fonoterapia intensiva. Foi constatado, neste caso, que a falta de encorajamento e correção da fala da paciente pelos familiares pode ter prejudicado o processo de automatização. Pacientes de outro estudo relataram que familiares não os corrigem, pois conseguem compreendê-los<sup>11</sup>. Devido à ausência de automatização do novo padrão de fala durante o programa de fonoterapia intensiva, foi indicado que a paciente permanecesse em fonoterapia convencional após o programa para essa finalidade.

Em relação à eliminação das articulações compensatórias e à sistematização do fechamento velofaríngeo em um curto período de tempo, a evolução não alcançada em anos de fonoterapia convencional, pode estar relacionada à frequência dos encontros. Na fonoterapia convencional, além das sessões acontecerem de forma não frequente, a paciente não apresentou boa adesão, o que resultou em faltas e abandonos terapêuticos.

Ressalta-se, ainda, a importância da avaliação instrumental da função velofaríngea em conjunto com a avaliação clínica da fala. Com os resultados apresentados após o programa de fonoterapia intensiva, foi verificada a evolução positiva do caso com sistematização do fechamento velofaríngeo. Ao retornar para reavaliação na instituição de origem, a paciente teve o tratamento cirúrgico contraindicado. Destaca-se a necessidade de acompanhamento longitudinal para garantir a automatização do novo padrão de fala.

Conforme o relato apresentado observou-se que a fonoterapia intensiva trouxe resultados satisfatórios e rápidos para a paciente, porém há poucos estudos na literatura explorando as etapas da sua aplicação. Além disso, o caso estudado referiu-se a uma fissura submucosa de palato, sendo encontrados, também, poucos estudos que se referem a este tipo de fissura. Uma particularidade deste relato de caso é que a paciente apresentou presença de DVF por erro de aprendizagem, uma vez que a maioria dos casos de fissura submucosa

que apresentam alterações de fala está relacionada a uma insuficiência velofaríngea<sup>3</sup>.

## Conclusão

Neste caso, a estrutura anatômica da paciente permitiu o fechamento velofaríngeo, mesmo com as alterações da fissura submucosa, sendo, dessa forma, possível a realização da fonoterapia intensiva. O processo terapêutico descrito e as estratégias utilizadas proporcionaram sucesso terapêutico na comparação da produção da fala antes e depois do programa de fonoterapia intensiva, restando poucos aspectos a serem trabalhados para a finalização do processo terapêutico em fonoterapia convencional.

Sendo assim, observou-se que a fonoterapia intensiva proporcionou evolução rápida e eficaz para a paciente deste caso.

## Referências

1. Miguel HC, Genaro KF, Trindade IEK. Avaliação perceptiva e instrumental da função velofaríngea na fissura de palato submucosa assintomática. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007 Jan-Abr; 19(1): 105-12.
2. Aquino SN, Paranaíba LMR, Martelli DRB, Swerts MSO; Barros LM; Bonan PRF, et al. Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatinas com pais consanguíneos. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011; 77(1): 19-23.
3. Sales SAG, Santos ML, Machado RA, Dias VO, Nascimento JE, Swerts MSO, Martelli Júnior H, et al. Incidence of bifid uvula and its relationship to submucous cleft palate and a family history of oral cleft in the Brazilian population. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018; 84(6): 687-90.
4. Di Ninno CQMS, Gonçalves KCM, Braga MS, Miranda ICC. Prevalência de fissura de palato submucosa associada à fissura labial. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; 16(3): 304-9.
5. Sommerlad BC, Mehendale FV, Birch MJ, Sell D, Hattee C, Harland K. Palate repaired revisited. *Cleft Palate Craniofac J*, Chapel Hill, 2002; 39(3): 295-307.
6. Cateson EJ, Tsai DM, Cauley R, Dowdall JR, Tracy LE. Transillumination of the occult submucous cleft palate. *J Craniofac Surg*. 2014 Nov; 25(6): 2160-3.
7. Bispo NHM, Whitaker ME, Aferri HC, Neves JDA, Dutka JCR, Pegoraro-Krook MI. Speech therapy for compensatory articulations and velopharyngeal function: a case report. *J Appl Oral Sci*. 2011; 19(6): 679-84.
8. Picinato-Pirola M; Coelho AC. Fonoterapia na Fissura Labiopalatina. In: Melissa Picinato-Pirola; Verônica Fernandes Ramos; Christiane Camargo Tanigute; Angela Silveira Guerra Silva; Irene Queiroz Marchesan; Adriana Tessitore; Hilton Justino da Silva; Giédre Berretin-Felix. (Org.). *Terapia em Motricidade Orofacial: Como eu faço*. 1ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2019, v. 1, p. 136-49.



9. Marino VCC, Dutka JCR, Pegoraro-Krook MI, Lima-Gregio AM. Articulação compensatória associada à fissura de palato ou disfunção velofaríngea: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*. 2012 Mai-Jun; 14(3): 528-43.
10. Melo DP, Ramalho MSSC, Perillo VCA, Rodrigues LCB. Terapia fonoaudiológica intensiva e fissura de palato: relato de caso. *Rev. CEFAC*. 2013 Jul-Ago; 15(4): 1019-23.
11. Lima MRF, Leal FB, Araújo SVS, Matos EF, Di Ninno CQMS, Brito ATBO. Atendimento fonoaudiológico intensivo em pacientes operados de fissura labiopalatina: relato de casos. Intensive speech therapy in patients operated for cleft lip and palate: case report. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; (3): 240-6.
12. Pinto MDB, Pegoraro-Krook MI, Andrade LKF, Correa APC, Rosa-Lugo LL, Dutka JCR. Intensive treatment of speech disorders in robin sequence: a case report. *CoDAS*. 2017; 29(5): 1-6.
13. Dutka, JCR. Brasileleft: uma força-tarefa nacional para o gerenciamento dos resultados da correção da fissura labiopalatina. *Revista Comunicar*. 2014; 61: 12-3.
14. Wertzner HF, Amaro L, Teramoto SS. Gravidade do distúrbio fonológico: julgamento perceptivo e porcentagem de consoantes corretas. *Pró-Fono*. 2005; 17(2): 185-94.
15. Bleiberg A, Leubling H. Parent Responsibility in Cleft Palate Habilitation. *The Cleft palate journal* 1970; 7(2): 630-38.
16. Machado-Nascimento N, Kümmer A, Lemos S. Speech-language pathology findings in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a systematic literature review. *CoDAS* 2016; 28(6): 833-42.

